Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

APR 5 1902

Ein Fall

von

Hernia diafragmatica congenita dextra spuria.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Curt Kreipe,
approb. Arzt aus Hannover.

Kiel 1901.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Ein Fall

von

Hernia diafragmatica congenita dextra spuria.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Curt Kreipe,
approb. Arzt aus Hannover.

Kiel 1901.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 32.
Rektoratsjahr 1901/1902.

Referent: Dr. **Heller.**

Druck genehmigt:

Dr. **Werth,**
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Unter den einzelnen Hernienarten nehmen zweifelsohne die Herniae diafragmaticae — vielleicht abgesehen von den Nabelbrüchen — das grösste Interesse vor allem in entwickelungsgeschichtlicher Hinsicht in Anspruch. Die Häufigkeit der Hernia diafragmatica ist eine relativ geringe; so fand Eck[1]) unter 213 Fällen von Hernien aus den Sektionsberichten des Kieler pathologischen Institutes nur 4 Herniae diafragmaticae. Im ganzen sind etwas über 300 Fälle beschrieben worden. Wenn trotzdem die Litteratur über die Zwerchfellsbrüche eine so reichhaltige ist, so liegt das eben an dem Interesse, das von jeher dieser Anomalie entgegengebracht ist. Denn abgesehen von der für die Entwickelungsgeschichte wichtigen congenitalen Hernia diafragmatica, gewinnen die traumatischen Zwerchfellsbrüche auch eine besondere Bedeutung für den Kliniker, da sie gewöhnlich ein sehr unklares Krankheitsbild geben, indem der Verlauf entweder ganz symptomenlos oder so stürmisch ist, dass selten während des Lebens eine sichere Diagnose gestellt werden kann. Daher ist es auch zu erklären, dass unter den 273 von Lacher[2]) beschriebenen Fällen viele Patienten während des Lebens nur wenig oder gar keine Beschwerden gehabt haben, sondern dass erst eine intercurrirende Krankheit den Tod herbeiführte, worauf dann die Section Klarheit schaffte.

Die ersten bekanntesten Arbeiten über Zwerchfellshernien stammen von Dreifuss[3]) und Stierling[4]).

Grössere Arbeiten lieferten Balfour[5]), Bochdalek[6]), Cruveilhier[7]) und Leichtenstern[8]). In den letzten Jahren sind von Schwalbe[9]) und Hirsch[10]) zwei Arbeiten über congenitale Zwerchfellshernien erschienen.

Ausserdem möchte ich noch die aus dem patholog. Institute zu Kiel hervorgegangenen Dissertationen von Steudel[11]), Bernstorff[12]), Kaupp[13]), Frantz[14]) und Saggau[15]) erwähnen. Besondere Verdienste für unsere Kenntnis der Zwerchfellshernien hat sich Lacher erworben, der alle bis dahin bekannten und ihm zur Verfügung stehenden Fälle tabellarisch zusammengestellt hat mit besonderer Rücksichtnahme auf Sitz, Art und Füllung der Hernie. Auch Thoma[16]) hat 291 Fälle zusammengestellt und besonders eine genaue Classifizirung der einzelnen Hernienarten angegeben.

Die natürlichste Einteilung geschieht nach dem Sitz der Hernie, ob sie rechts- oder linksseitig gelegen ist. Hierin findet sich sowohl bei Lacher wie bei Thoma ein augenfälliger Unterschied. Lacher hat unter seinen 276 Fällen nur 42 = 15,21 % rechtsseitige gefunden; bei Thoma finden sich unter 291 Fällen 51 rechtsseitige. Da nun der mir zur Verfügung stehende Fall eine Hernia diafragmatica congenita dextra betrifft, möchte ich mich in Anbetracht der über die Hernia diafragm. im allgemeinen zahlreich erschienenen Litteratur lediglich auf die Besprechung der rechtsseitigen, angeborenen Zwerchfellshernien beschränken, im Anschluss daran den jüngsten Fall genau beschreiben und zum Schluss eine tabellarische Zusammenstellung der bisher bekannten Herniae diafragm. cong. dextrae beifügen.

Die bisher gebräuchlichste Einteilung der Zwerchfellshernien in congenitale und traumatische ist unlogisch, denn sie benutzt zwei ganz verschiedene Gesichtspunkte

als Einteilungsgrund, den zeitlichen und den ursächlichen; es kann einer congenitalen nur eine postuterine entgegengesetzt werden, beide können theoretisch sowohl traumatisch als in anderer Weise entstanden sein. Doch werde ich später noch auf die Frage der Entstehung zurückkommen.

Es ist bisher schwer zu entscheiden, weshalb bei den sogenannten congenitalen Zwerchfellshernien die linke Seite gegenüber der rechten im Verhältnis 6 : 1 (Thoma) bevorzugt ist.

Da ja nun die Anlage zum Zwerchfellsbruch in einer entwickelungsgeschichtlichen Anomalie zu suchen ist, zeigt Bochdalek, dass die rechte Zwerchfellslücke — zwischen dem äussern Schenkel des Lendenteils, der letzten fleischigen Zacke des Rippenteils und der letzten falschen Rippe — das sogenannte foramen Bochdaleki gewöhnlich weniger entwickelt sei als die linke.

Andere Gründe führt Lacher an: „Die grössere Länge und Festigkeit der rechten Zwerchfellsschenkel gegenüber den linken sowie das Fehlen jener zwei fibrösen Bänder, welche auf der rechten Zwerchfellshälfte existiren, sind sicher Mitursache des häufigeren Vorkommens linksseitiger Zwerchfellsbrüche, ebenso wie das Vorhandensein der Öffnungen für den Oesophagus und die Aorta, sowie der zwei taschenförmigen Ausbuchtungen für die Milz und den Magenblindsack auf der linken Seite des Zwerchfells".

Zweifelsohne spielt auch die Lage der Leber eine hervorragende Rolle. Die Leber liegt in der Foetalperiode in grosser Ausdehnung dem Zwerchfelle an und bildet so sicherlich ein bedeutendes Schutzmittel für die rechte Seite des Zwerchfells. Letzteres würde ja allerdings nur für ein eventuell im intrauterinen Leben stattfindendes Trauma Bezug haben.

Da nun die Entwickelung des Zwerchfells von der Peripherie zum Centrum vorwärts schreitet, so liesse sich vielleicht eine Entwickelungsanomalie in einer abnormen Grösse der Leber finden. Von andrer Seite wird dieses bestritten, da in dem grössten Teil der Embryonalperiode beide Leberlappen gleich gross sind, und demnach für beide Seiten gleich ungünstige Verhältnisse vorliegen würden. Dann müssten also beiderseitige Entwickelungshemmungen stattfinden; Fälle, die ganz ausserordentlich selten sind.

Die schützende Kraft der Leber kommt hauptsächlich bei breitangreifenden Gewalten wie Sturz und Fall in Betracht, da hiebei die Angriffspunkte gleichmässiger verteilt sind. Bei Durchsicht aller traumatischen Zwerchfellshernien sieht man vor allem auch die linke Seite betroffen und dies ist daraus erklärlich, dass bei vorwiegender Rechtshändigkeit die linke Seite in höherem Masse Verletzungen ausgesetzt ist, woraus weiter auf den bedeutend höheren Prozentsatz der Hernia diafragmatica traumatica bei Männern als bei Frauen geschlossen wird.

Auch die einzelnen Abschnitte einer Zwerchfellshälfte sind nicht gleichmässig für den Sitz der Hernie prädisponirt, denn es wird die Durchtrittsöffnung häufiger im muskulösen als im tendinösen Teile gefunden, was ohne weiteres erklärlich ist, da der sehnige Teil den andrängenden Bauchorganen mehr Widerstand entgegensetzt als der muskulöse Teil. Ausserdem kennt Lacher „gewisse schwache Stellen im Zwerchfell, welche anderen gegenüber den Eingeweiden den Durchtritt in die Brusthöle öfter gestatten; am häufigsten geben zu Zwerchfellsbrüchen Veranlassung die Interstitien zwischen den Muskelbündeln des Diafragma, wie sie schon im normalen Zustande vorkommen oder an ungewöhnlichen Stellen sich entwickeln. Obenan steht in dieser Beziehung der dreieckige Raum

unmittelbar hinter dem Sterum, die sogenannte Larrey'sche Stelle". Im Gegensatz zu dieser Lücke vorne findet sich als zweite schwache Stelle hinten neben der Wirbelsäule das sog. Foramen Bochdaleki und dieses soll eben rechts weniger entwickelt sein als links.

Das Unterscheidungsmerkmal zwischen einer congenitalen und traumatischen Zwerchfellshernie ist ausser in anamnestischen Angaben besonders in der Beschaffenheit der Ränder der Bruchpforte zu suchen. Während dieselben bei der ersteren glatt sind, zeigen die traumatischen Zwerchfellsbrüche gerissene und zerfetzte Ränder. Sehr häufig bemerkt man ferner Verwachsungen der vorgefallenen Baucheingeweide, ein Umstand der sicherlich auf eine vorhergegangene Entzündung oder ein Trauma schliessen lässt.

Eine weitere und nach meiner Ansicht bessere Einteilung der Zwerchfellsbrüche giebt Thoma, indem er einteilt in:

1. Hernia diafragmatica vera
2. „ „ „ spuria
3. Eventratio diafragmatica.

Im ersteren Falle bildet die Pleura und das Peritoneum den Bruchsack, indem die Hernie durch einen muskulösen oder sehnigen Teil des Zwerchfells durchtritt. Im zweiten Falle fehlt ein eigentlicher Bruchsack und die vorgefallenen Baucheingeweide ragen frei in den Pleuraraum hinein. Die Eventratio diafragmatica bildet nach Thoma eine kuppelförmige Ausdehnung der einen Zwerchfellshälfte nach oben. Die Umhüllung der in den Thoraxraum verlagerten Baucheingeweide wird gebildet durch Peritoneum, Pleura und die stark ausgedehnten und verdünnten sehnigen und muskulösen Teile des Zwerchfells. Beiläufig erwähnen

möchte ich, dass diese Anomalie bisher nur linksseitig beobachtet ist.

Hiermit möchte ich die allgemeinen Betrachtungen abschliessen und nunmehr zu der Beschreibung des mir gütigst von Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Heller zur Verfügung gestellten Falles übergehen.

Der Fall (S.-Nr. 273, 1901) gelangte im April 1901 im hiesigen pathologischen Institute zur Section. Anamnestisch erfuhr ich von der Mutter, dass dieselbe während ihrer Gravidität weder gefallen sei noch sonst ein die Entwickelung des intrauterinen Lebens der Frucht schädigende Einwirkung erlitten habe. In den letzten Tagen habe sie sich allerdings beim „Waschen" angestrengt und am Nachmittag sei ihr plötzlich das Fruchtwasser abgegangen, dann sei in kurzem die Geburt erfolgt. Die Mutter befand sich im VI. Monat der Gravidität. Die Geburt des Kindes erfolgte in Steisslage und ging normal von statten; das Kind kam tot zur Welt und nach Aussage des die Geburt leitenden Arztes sollen Zeichen dafür vorhanden gewesen sein, dass die Frucht schon mehrere Tage vorher abgestorben sei. Die am folgenden Tage vorgenommene Obduktion ergab folgenden Befund:

Unreifes Kind männlichen Geschlechts. Starke rostfarbene Pigmentirung und kleinere Blutextravasate der Dura. Starke Blutansammlung in den erweiterten Seiten — und III. Ventrikel. Blutige Sugillation der Meningen besonders am Occipitallappen. — Thymusdrüse gut entwickelt, überragt zum Teil Herz und Lungen. Die Lungen sind blass und luftleer. Links zweilappig, von normaler Grösse mit geringen punktförmigen Blutungen. Rechts ist die Lunge sehr klein und füllt den rechten Thoraxraum kaum zur Hälfte aus, der untere (dritte) Lappen ist ganz verkümmert, nur ein kleines $^1/_2$ cm langes, zungenförmiges

Rudiment zeigt die Stelle des Sitzes. Der linke Thoraxraum wird zum grössten Teil vom Herzen eingenommen. Nach Eröffnung des Herzbeutels zeigt sich das Herz in normaler Grösse. Die Muskulatur ist gut entwickelt, das Septum ventriculorum ganz geschlossen. Die Leber sehr gross (7 cm breit), dunkelbraunrot, nimmt den grössten Teil der Bauchhöle ein; die einzelnen Leberlappen sind gut, der lobus Spigelii sehr stark entwickelt. Das Zwerchfell steht links um ein Geringes höher wie rechts. In der rechten Zwerchfellshälfte findet sich hinten ein $3^1/_2$ cm breiter und 3 cm langer Defekt, der fast die ganze Zwerchfellshälfte einnimmt, sodass sich vom parietalen zum sternalen Teile nur ein ca. 1 cm breites Band hinüberzieht. Die pars lumbalis fehlt vollständig. Die Ränder des Defekts sind glatt abgerundet und verdickt. Durch diese Öffnung ist ein ca. $2^1/_2$ cm hohes, rundes Stück des rechten Leberlappens hindurch getreten. Dasselbe ragt frei ohne Adhäsionen und ohne Überzug von Pleura, Peritoneum oder Teilen des Zwerchfells in die Brusthöle hinein. Durch die Ränder des Diafragma hat eine tiefe Einschnürung im rechten Leberlappen stattgefunden. Die Gallenblase fehlt vollständig. Der Magen ist nach links verlagert und legt sich mit seiner kleinen Curvatur um den lobus Spigelii herum. Die Dünndärme, zum Teil mit Meconium gefüllt, sind nach rechts verlagert. Der processus vermiformis liegt unmittelbar unter dem rechten Leberlappen und colon ascendens und transversum liegen der Leber fast in einer Ebene an. Ausserdem findet sich am Dünndarm ein Divertikel, in dem sich Meconium befindet. Colon descendens, Flexura sigmoidea und Rectum liegen normal. Nieren und Milz sind ohne Besonderheiten. Descensus testiculorum ist noch nicht vollzogen, die Testikel liegen noch in der Bauchhöle unmittelbar vor dem Leistenkanal.

Wir haben es hier also mit einer Hernia diafragmatica congenita spuria dextra zu thun. Als Hernia spuria ist der Fall zu bezeichnen, da auch jede Andeutung eines Bruchsacks fehlt, vielmehr sind Peritoneum und Pleura diafragmatica an den Rändern der Bruchpforte glatt ineinander übergehend. Die Atrofie der rechten Lunge ist bedingt durch die von dem durchgetretenen Leberteile hervorgetretene Compression.

Aus welchen Gründen der Tod des Fötus eingetreten ist, ist aus dem vorliegenden Befunde nicht zu erklären, da aus der Statistik von Lacher zu ersehen ist, dass derartige Misbildungen wohl für kürzere oder längere Zeit lebensfähig sind. Auch bei der Section Erwachsener sind nach obiger Statistik Fälle beobachtet, wo derartige Zwerchfellshernien, die zweifellos congenital waren, während des Lebens keine Beschwerden verursacht hatten, sondern wo nach einer intercurrirenden Krankheit der Tod eintrat und dann erst die Section das überraschende Resultat lieferte. Es müssen also hier für das Absterben des Fötus andere Umstände in Betracht kommen, die wahrscheinlich in einer Erkrankung des mütterlichen Organismus zu suchen sind. Wenn das Kind lebend geboren wäre, so würde sich über der rechten Lunge — d. h. über dem in den Thoraxraum eingedrungenen Leberteile — Dämpfung gefunden haben. Infolge Atrofie der rechten Lunge wäre das Kind wohl kurzatmig gewesen, doch hätte die linke Lunge die Arbeit der rechten ganz gut mit übernehmen können.

Besonderes Interesse bietet noch das Fehlen der Gallenblase, das vorhandene Divertikel und die Verlagerung des Dünndarms.

Das Fehlen der Gallenblase möchte ich auf einen Insult zurückführen, den das junge Gebilde im intrauterinen Wachstum erlitten hat und wodurch die Anlage der Gallen-

blase zerstört ist. Die Verlagerung der Dünndärme ist zu erklären dadurch, dass die Leber durch den Defekt im Zwerchfell nach oben verlagert ist; dadurch zog die Leber den aufsteigenden Colonast nach sich, sodass derselbe mit dem colon transversum in einer Ebene liegt; wiederum erfuhren natürlich auch die Dünndärme eine Verschiebung nach rechts, weil der Gegendruck von Seite des rechten Leberlappens und Quercolons fehlte.

Wie nun der Zwerchfellsdefekt selbst entstanden ist, ist im einzelnen Falle nicht sicher zu stellen. Er muss ja als durch Entwickelungsstörung entstanden betrachtet werden, aber diese wiederum muss irgend einen — wenn auch nicht immer nachweisbaren, doch vielfach wohl mechanischen Grund haben. Man könnte sich beispielsweise vorstellen, das besonders bei geringer Fruchtwassermenge abnorm gelagerte Baucheingeweide der Mutter z. B. das mit harten Kotballen gefüllte, ja so oft stark geknickte und ins Becken hineinragende Querkolon einen Druck auf den Fötus ausüben könnte, wodurch die sich entwickelnde Leber nach oben gedrängt würde, sodass dadurch ein Hindernis für den Schluss des in die Quere wachsenden Zwerchfells gebildet würde.

Dass auch das bereits gebildete Zwerchfell durch ein Trauma wieder mehr oder weniger ausgedehnt und zerstört werden kann, scheinen zwei Beobachtungen von Herrn Geh. Rat Heller (Kaup. Dissert. Kiel 1891) zu beweisen, in welcher er ein abgetrenntes Lungenläppchen an dem Zwerchfellsdefekt entzündlich angeheftet fand. In unserem Falle hatte ein Trauma nach Aussage der Mutter nicht stattgefunden.

Oben genannte Abnormitäten sind bei grösseren kongenitalen Zwerchfellshernien nicht so überaus selten und

Lacher führt einen Fall von Dreifuss an, bei dem sich neben der Hernie Hasenscharte und ein monströser Penis vorfand, ferner einen Fall von Feiler, bei dem ein Loch im Septum ventriculorum vorhanden war, ferner Coloboma iridis des linken Auges, Spaltung des weichen Gaumens linksseitig, und der linke Hoden in der Bauchhöle und schliesslich einen Fall von Gruber, wo der Dünndarm in zwei Stücke gespalten war. Auch Fälle von Hemicefalus, Hydrocefalus und Anencefalus neben Hernia diafragmatica congenita führt Lacher an.

Zum Schluss möchte ich zum Vergleich die anderen bisher bekannten Fälle von Hern. diafr. cong. dextra anführen, die ich teils der Tabelle von Lacher entnehme, und einen weiteren Fall, den ich in der neueren mir zur Verfügung stehenden Litteratur gefunden habe.

I. Fall.

Macauley. Med. observations and inquires Vol. I, Art. 4.

Neugeb. $^3/_4$ St. altes Mädchen, Spalte im rechten Zwerchfell. Hernia vera. Leber und Dünndarm sind vorgefallen. Rechte Lunge rudimentär.

II. Fall.

Feiler. Cannstatt's Jahresber. 1857 III. S. 265.

Neugeb. Knabe. Bruchpforte rechts in der Mitte des Speculum Helmontii, lebte $^3/_4$ Std. Hernia vera. Vorgefallen sind: der ganze Dünndarm, Coecum, Colon descendens, Teil des rechten Leberlappens. Rechte Lunge klein. Bruchsack besteht aus Pleura und Peritoneum.

III. Fall.

Morgan. London med. Gaz. 1841. May.

Männlich, neugeb. Kind 1 Std. alt. Bruchpforte im centrum tendineum rechts. Vorgefallen sind die Dünndärme und Leber. Rechte Lunge rudimentär. Sehr unvollkommene Respiration.

IV. Fall.

Schöller. Rust's Magazin für gesammte Heilkunde Bd. 59 1842.

Neugeb. Mädchen, ½ Std. alt. Es fehlte das Zwerchfell rechts bis auf eine halbmondförmige Platte. Vorgefallen sind: Gedärme, ein gesonderter rechter Leberlappen und die rechte Niere. Herz und Thymus sind nach links verdrängt. Die zweite Hälfte des Duodenum stieg durch eine rechts neben der Wirbelsäule befindliche Lücke in die Brusthöle.

V. Fall.

Blöst. Med. Correspondenzblatt bayr. Ärzte 1846 Nr. 22.

Männlich, neugeborenes Kind, vom Zwerchfell war rechts nur ein zungenförmiger Fortsatz vorhanden. Vorgefallen sind: Teile der Dünn- und Dickdärme, ein Teil des rechten Leberlappens.

VI. Fall.

Duguet, Diss. De la hernie diafr. Paris 1866.

Neugeb. Knabe, ¼ Std. alt. Rechts eine ovale Öffnung zwischen der Insertion der letzten Rippe und der Insertion

am Querfortsatze des I. Lendenwirbels. Vorgefallen sind: Leber mit Gallenblase, Dünndarmschlingen und die Hälfte des Dickdarms.

VII. Fall.

Baron, Archiv général. VII. p. 142.

Fötus, rechts im Zwerchfell eine grosse runde Öffnung, durch die Magen, Dünndarm und ein Teil des rechten Leberlappens durchgetreten sind.

VIII. Fall.

Cruveilhier. Traité d'anatom. pathol. Bd. I, pag. 610.

3 Jahre altes Kind, rechte Zwerchfellshälfte fehlte fast vollständig. Vorgefallen war der rechte Leberlappen.

IX. Fall.

Otto. Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten.

Weiblicher Foetus. Zwerchfellsdefekt rechts und links, durch die Leberlappen, Milz und Colon durchgetreten sind. Hernia vera dextra, hernia spuria sinistra. Hemicefalus.

X. Fall.

Hillier, London path. Soc. XII, p. 115.

6 Monate altes Mädchen. Zwerchfellsdefekt rechts hinten neben der Wirbelsäule als ein rundes Loch mit sehnig verdickten Rändern. Vorgefallen ist eine Partie des Dünndarms und Dickdarmschlingen. Rechte Lunge comprimirt; Patientin konnte niemals auf der linken Seite liegen.

XI. Fall.

Vrolik, Tab. ad illustrandam embryogenesin, Tab. 69.

12 Tage altes Mädchen, rechts ein grosser Zwerchfellsdefekt, durch den Dünndarm durchgetreten ist. Magen stark ausgedehnt aber an normaler Stelle.

XII. Fall.

Geof. St. Hilaire, Schmidt's Jahrb. Bd. 122, S. 336.

Neugeb. Kind. Auf der rechten Seite fehlte das Zwerchfell; Magen, Dünndarm, rechter Leberlappen sind vorgefallen, Lunge ist wenig entwickelt.

XIII. Fall.

Casper, Handbuch der gerichtlichen Medizin 1858, II. Aufl.

4 Std. altes männl. Kind. Rechts in der Mitte des Diafragma eine dreieckige mit weisslichen, fast knorpligen Rändern versehene Öffnung, durch die Leberlappen und Dünndarmschlingen durchgetreten sind. Rechte Lunge etwa bohnengross, luftleer.

XIV. Fall.

Houclet Dupny, cit. bei Duguet l. c.

Totgeb. Knabe. Zwerchfellsdefekt im sehnigen Teil rechts. Monstrosität. Nähere Angaben fehlen.

XV. Fall.

Martin St. Auge, Schmidt's Jahrb. Bd. 122, S. 336.

15. Tage altes Kind, rechte Zwerchfellshälfte ist perforirt. Vorgefallen ist Dünndarm und ein Stück Leber, das sich gleichmässig als Verlängerung der Leber documentirte.

XVI. Fall.

Billroth, Archiv Bd. X, Heft 2.

55jähriger Mann. Handgrosses Loch im rechten Zwerchfell; die halbe Leber und Darmschlingen lagen in der rechten Brusthöle. Während des Lebens hatten alle Erscheinungen gefehlt.

XVII. Fall.

Guesnard, cit. bei Duguet l. c. p. 94.

5½jähriges Mädchen mit Zwerchfellsdefekt am rechten Diafragma, durch den ein Teil der Leber durchgetreten war.

XVIII. Fall.

Blaucand cit. bei Sömmering.

Soldat von nicht näher bestimmtem Alter, rechter Zwerchfellsdefekt mit Durchtritt des Magens. Sömmering zählt diesen Fall zu den congenitalen Zwerchfellshernien.

Hieran möchte ich noch einen weiteren Fall XIX anschliessen.

XIX. Fall.

Giles Transactions of the obstretical Society of London. Vol. XXXIV, 1892.

Die Öffnung im Zwerchfell lag hinten rechts und war für 2 Finger durchgängig, durch sie waren der ganze

Dünndarm, das Colon ascendens und der processus vermiformis in den Thorax getreten. Duodenum und Magen waren stark ausgedehnt, während die übrigen Intestina leer waren. Die rechte Lunge war atrofisch, besonders im untern Lappen.

Bei der Durchsicht der Litteratur sind mir noch mehrere Fälle begegnet, über die leider alle näheren Angaben fehlen und die ich deshalb für überflüssig halte anzuführen. Es ist aber meiner Ansicht nach zur genauen Kenntnis der Lehre über die Zwerchfellshernien unbedingt nötig, dass alle ähnlichen Fälle genau beschrieben werden, damit, wie auch Lacher sagt, „alle jene Fehlerquellen, welche sich stets bei Vergleichung von wenigen Fällen einschleichen, dadurch in Wegfall kommen".

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Heller für die Überlassung des Materials und die gütige Unterstützung bei der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

[1]) Eck, Dissert. Kiel 1894.
[2]) Lacher, Archiv für klin. Med. Bd. 27. 1880.
[3]) Dreifuss, Dissert. Tübingen 1829.
[4]) Stierling, Dissert. Heidelberg 1834.
[5]) Balfour, Edinbourgh Med. Journal 1869.
[6]) Bochdalek, Vierteljahrsschrift für die prakt. Heilkunde Prag 1848. Bd. 3 S. 89.
[7]) Cruveilhier, Traité d'anatom. path. générale.
[8]) Leichtenstern, Ziemssen Handbuch der spec. Pathol. und Therapie Bd. 8. II.
[9]) Schwalbe, Münch. med. Wochenschrift Bd. XLVI 1899 II.
[10]) Hirsch, Münch. med. Wochenschrift Bd. XLVII 1900 29.
[11]) Steudel, Dissert. Kiel 1889.
[12]) Bernstorff, „ „ 1890.
[13]) Kaupp, „ „ 1891.
[14]) Frantz, „ „ 1894.
[15]) Saggau, „ „ 1895.
[16]) Thoma, Archiv f. path. Anat. Bd. 88. 1882.

Vita.

Ich, August Friedrich Curt Kreipe, wurde am 19. Januar 1876 zu Hannover geboren, evangelischer Confession. Ich besuchte das Lyceum I und II in Hannover und bestand an letzterem Gymnasium Ostern 1896 das Maturitätsexamen. Dann besuchte ich die Universitäten Freiburg i. B., Leipzig, Kiel. Michaelis 1898 bestand ich in Freiburg das tentamen physikum, im April 1901 in Kiel die ärztliche Staatsprüfung. Vom 1. Juni ab bin ich als Volontär am pathol. Laboratorium des städt. Krankenhauses I zu Hannover.